

Międzynarodowe koncepcje podstawowych funkcji/ świadczeń zdrowia publicznego ze szczególnym uwzględnieniem funkcji środowiskowych i ich wpływ na identyfikację priorytetów zdrowia publicznego w Polsce

Iwona Kowalska, Anna Mokrzycka

Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Iwona Kowalska, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegórzecka 20, 31-531 Kraków, iwkowalska@poczta.onet.pl

■ Abstract

International concepts, ideas and theories concerning the fundamental functions/services in the sphere of public health and their influence on the public health priorities identification

The article focuses on the international concepts, ideas and theories concerning the fundamental functions/services in the sphere of public health. Particularly it concerns the environmental problems, the influence of this functions on the public health priorities identification. The main goals of the work are the international approaches identification and description of the observed frequency of the environmental actions inclusion on the lists of public health functions. The nature and specifics of the analyzed issue as well as the Polish approach are presented in the context of the National Health Program for 2007–2015. The main theme of the paper relates to the basic questions: how and in which way the internationally identified and listed public health functions influence the priorities established in Poland and if the environmental actions are being included?

Key words: environment, health policy and reforms, international public health functions, National Health Program

Słowa kluczowe: międzynarodowe funkcje zdrowia publicznego, Narodowy Program Zdrowia, polityka zdrowotna i reformy, środowisko

■ Wprowadzenie

Organizacja państwa opiera się na funkcjonowaniu systemów zapewniających społeczeństwu realizację określonych, zdefiniowanych celów rozwoju społeczno-ekonomicznego. Jednym z tak rozumianych systemów jest system ochrony zdrowia, którego głównym celem jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego państwa, między innymi w kontekście zmian cywilizacyjnych coraz bardziej zyskującego na znaczeniu bezpiecznego środowiska. Wśród celów szczegółowych systemu ochrony zdrowia rozumianego szeroko są wskazywane:

1. Zaspokajanie indywidualnych potrzeb zdrowotnych, z których najważniejsze są potrzeby wynikające z chorób, niedomagań, wypadków, czyli tzw. wyrażone potrzeby zdrowotne. System powinien brać pod uwagę istnienie również innych potrzeb zdrowotnych¹, nie zawsze ujawniających się dostatecznie wcześniej i zaspokajając je z własnej inicjatywy, oczywiście w zależności od swoich możliwości diagnostycznych; zagrożenia bowiem możliwe do wykrycia w systemie bogatym, pozostaną nieujawnione w systemie biednym.
2. Zapewnienie zbiorowych potrzeb zdrowotnych, tj. środowiskowe uwarunkowania życia, pracy, mieszkania,

odżywiania, wypoczynku, a nawet chorowania i wszelkich innych aspektów życia zbiorowego, które minimalizują, jeśli nie eliminują, jakiejkolwiek ryzyko utraty życia².

Pomijanie w procesach reform zagadnień promocji zdrowia medycyny zapobiegawczej i wielu innych, wykraczających poza tradycyjnie rozumianą medycynę, zagadnień zdrowia publicznego staje się autentycznym zagrożeniem elementarnego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego ogółu obywateli. Medycyna prewencyjna i zdrowie publiczne z powodu specyfiki podejmowanych w ich ramach działań³ nie są w stanie funkcjonować, opierając się na mechanizmach rynkowych, stąd też problematyka ta musi pozostać w sferze odpowiedzialności państwa. Za utrzymaniem *status quo* w tym względzie opowiada się ostatnio nie tylko Światowa Organizacja Zdrowia, lecz również Bank Światowy, który utrzymuje, że w każdym kraju, bez względu na poziom rozwoju gospodarczego, administracja centralna, czyli rząd, odgrywa bardzo ważną rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Rola ta wynika przede wszystkim z faktu uznawania zdrowia przez większość państw za dobro publiczne, dobro przysługujące każdemu obywatelowi bez konieczności ponoszenia opłat czy wkładów do systemu (*public goods, merit goods*) na równi z edukacją, bezpieczeństwem itp. [1]. Podjęte w ostatnich latach przez Światową Organizację Zdrowia, PAHO, a ostatnio także Europejskie Biuro WHO, jak i przez inne organizacje rządowe (USA, Australia, Indie) i ośrodki naukowe prace badawcze i analityczne na temat roli państwa i miejsca zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia w XXI stuleciu doprowadziły do sformułowania podstawowych funkcji zdrowia publicznego (**Essential Public Health Functions, Population-Based Core Functions**). Na tej liście znajdują się zarówno działania na rzecz bezpieczeństwa zdrowotnego ogółu ludności (między innymi cele środowiskowe), jak również działania na rzecz ochrony zdrowia osób indywidualnych.

■ Materiał i metoda

Celem podjętej analizy jest:

- 1) identyfikacja znanych międzynarodowych koncepcji podstawowych funkcji zdrowia publicznego;
- 2) wskazanie częstotliwości występowania na listach podstawowych funkcji zdrowia publicznego aktywności związanych ze zdrowiem środowiskowym i określenie ich charakteru;
- 3) analiza polskiego podejścia do problemów zdrowia środowiskowego w krajowej koncepcji podstawowych funkcji zdrowia publicznego i w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015.

Głównym wątkiem podejmowanych rozważań jest identyfikacja funkcji środowiskowych w definicjach, koncepcjach i wykazach podstawowych funkcji zdrowia publicznego i ich wpływ na identyfikację priorytetów zdrowia publicznego w Polsce.

Na potrzeby niniejszego opracowania dokonano przeglądu:

- 1) wybranych definicji zdrowia publicznego;

- 2) wybranych list podstawowych funkcji zdrowia publicznego sformułowanych na poziomach międzynarodowym i krajowym;
- 3) zidentyfikowano występujące na listach funkcji podstawowych zdrowia publicznego funkcje środowiskowe, które:
 - a) przypisano do rodzaju działań na rzecz ochrony zdrowia;
 - b) porównano z polskimi priorytetami zdrowia publicznego (w odniesieniu do zdrowia środowiskowego).

1. Zdrowie publiczne – definicje, zakresy, wymiary

Próby sformułowania prostej definicji pojęcia „zdrowie publiczne” napotykają wiele trudności, co wynika z wieloznaczności terminu, a czasem z używania różnych treści, w zależności od przyjętej perspektywy widzenia, ujęcia dziedziny, zakładanych celów i miejsca w tzw. infrastrukturze zdrowia publicznego. Do tej pory nie opracowano jednej, uniwersalnej definicji zdrowia publicznego, która zyskałaby powszechną akceptację profesjonalistów i teoretyków, rozumienie tego pojęcia zależy w dużym stopniu także od zróżnicowanych uwarunkowań społecznych i tradycji [2]. Niektórzy twierdzą wręcz, że pojęcie to, używane w różnych kontekstach od ponad 160 lat, stało się pewnego rodzaju homonimem [3].

Zasadniczo innej definicji możemy użyć, chcąc przedstawić ogólną koncepcję zdrowia publicznego: jego misję czy cele ogólne, a innej, gdy chcemy dokładnie opisać działania na określonych polach aktywności, jeszcze zaś innej, gdy chcemy określić „ostatecznego odbiorcę”, omówić elementy strukturalne bądź gdy postrzegamy zdrowie publiczne jako system. Oznacza to, że w określonych okolicznościach różne definicje mogą być bardziej lub mniej użyteczne. Takie pragmatyczne stanowisko wydaje się przeważać [4]. Z kolei w 1920 roku Charles-Edward Amory Winslow sformułował definicję, której przesłanie nie tylko jest nadal aktualne, ale która była punktem wyjścia do dalszych konceptualizacji pojęcia. Brzmi ona następująco: „Zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, wydłużania życia oraz promowania zdrowia fizycznego i sprawności poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa mające na celu higienizację środowiska, zwalczanie zakażeń występujących w społecznościach, edukację jednostek w odniesieniu do zasad higieny osobistej, organizację świadczeń lekarskich i pielęgniarstwach mających na celu wczesną diagnozę oraz profilaktycznie ukierunkowane leczenie, a także rozwój mechanizmów społecznych, które zapewnią każdej jednostce w społeczeństwie standard życia właściwy dla utrzymania zdrowia” [5].

Aktualność tej definicji w zmieniających się warunkach wynika stąd, że uwzględniając takie elementy, jak promowanie zdrowia, zapobieganie chorobom czy wczesna diagnoza, podkreśla także znaczenie mechanizmów społecznych dla zapewnienia jednostce takich standardów (poziomu) życia, aby były one odpowiednie do utrzymania zdrowia [4]. W definicji ważny punkt odniesienia dotyczy zdrowia środowiskowego uznanego za

jeden z pierwotnych celów działań w zdrowiu publicznym. Warto zaznaczyć, iż sformułowanie „zorganizowany wysiłek społeczeństwa” wskazywało – co dzisiaj wydaje się oczywiste – że społeczeństwo jako całość musi być traktowane zarówno jako przedmiot, jak i podmiot działań w zakresie zdrowia publicznego.

W Anglii przyjęta została definicja Donalda Achesona, uznana niedawno przez World Health Organization Regional Office for Europe⁴, która określa zdrowie publiczne jako „sztukę i naukę zapobiegania chorobom, promowania zdrowia oraz wydłużania życia poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa” [6]. Amerykańska Akademia Nauk widzi z kolei zdrowie publiczne jako to „wszystko, co my jako społeczeństwo czynimy wspólnie, aby zapewnić warunki, w których ludzie mogą być zdrowi. Zakres tych działań zaś jest odzwierciedleniem interesu, jakie ma społeczeństwo w zapewnieniu tych warunków” [7]. Z wielu względów lapidarność powyższych definicji jest wartością samą w sobie, szczególnie gdy są one wstępem do omówienia tzw. podstawowych funkcji zdrowia publicznego, o czym będzie mowa w dalszej części artykułu.

Zdrowie publiczne jest w ostatnich dziesięcioleciach przedmiotem szerszego zainteresowania badaczy i praktyków, niektórzy mówią o renesansie zdrowia publicznego, inni zaś wręcz używają pojęcia „nowe zdrowie publiczne” dla ujęcia uwzględniającego współczesne zagrożenia zdrowotne i aktualną wiedzę na temat ich źródeł oraz możliwości przeciwdziałania i wskazującego kierunek kompleksowych i koherentnych działań. Innymi słowy – od działań sanitarnych i zwalczania chorób zakaźnych (co było głównym spektrum zainteresowania dawniej) do zagadnień społecznych, kulturowych i ekonomicznych i ich związku ze zdrowiem – obecnie. Warto podkreślić, że już w końcu lat 90. XX wieku zostało zdefiniowane pojęcie „warunki zdrowotne” jako rozumiane coraz szerzej. W rezultacie obecnie w rosnącej liczbie krajów przyjmuje się, iż składają się na nie następujące elementy: żywność, żywienie, wykształcenie, warunki pracy, zatrudnienie (rynek pracy), transport, komunikacja, warunki mieszkaniowe, odzież, wypoczynek, ubezpieczenia społeczne, swobody obywatelskie [8].

Fundamentalne znaczenie dla koncepcji nowego zdrowia publicznego miała koncepcja pól zdrowia Marca Lalonde’a; strategia WHO „Zdrowie dla wszystkich”; idea podstawowej opieki zdrowotnej wyrażona w Deklaracji z Alma Aty z 1976 roku (potwierdzona 15 lat później na konferencji w Rydze, a ostatnio w Tallinie) [9]; w końcu Karta Ottawska i inne deklaracje związane z ideą promocji zdrowia. Nowe zdrowie publiczne to wykorzystanie całej dotychczasowej spuścizny działań na rzecz zdrowia, uwzględniające także nasze (współczesne) spojrzenie, wynikające z rozwoju wiedzy, znaczenia przestrzegania praw człowieka, a także pojawiających się nowych zagrożeń [10]. Na tle tego nowego ujęcia zdrowia publicznego dwie kwestie zasługują na szczególną uwagę. Jedna dotyczy nierówności w zdrowiu, a druga prozdrowotnego rozwoju środowiska człowieka w kontekście szeroko stosowanego pojęcia zrównoważonego rozwoju, między innymi jako niekwestionowanego celu

polityki w UE. Chodzi o to, aby zrównoważony rozwój miał także swój konstytutywny element prozdrowotny. Nierówności społeczne i materialne powodują nierówności w zdrowiu, jest to fakt ogólnie znany i wystarczająco udowodniony. Jednym z celów zdrowia publicznego jest zatem badanie czynników politycznych, społecznych i behawioralnych, które leżą u podstaw tych nierówności, a następnie stosowanie tej wiedzy w praktyce zdrowia publicznego do opracowania i wdrożenia efektywnych działań, zmierzających – najszerzej mówiąc – do niwelowania nierówności.

Nowe zdrowie publiczne jest syntezą klasycznego zdrowia publicznego, takiego jak było ono praktykowane w ciągu stuleci – oraz współczesnych osiągnięć nauki, które mogą mieć odniesienie do zdrowia i choroby, takich jak medycyna kliniczna, ale również nauki społeczne, jak psychologia i socjologia, epidemiologia i demografia, ekonomia, zarządzanie, środowisko i inne. Istotne znaczenie należy przypisać doświadczeniom płynącym z ewaluacji dotychczasowego funkcjonowania systemów zdrowotnych. Nowe zdrowie publiczne może być postrzegane jako dyscyplina obejmująca „wszystko, co jest ważne dla zdrowia” [11]. W dyskusji nad nowym zdrowiem publicznym (lub nad nowym rozumieniem zdrowia publicznego) nie należy pomijać wniosków płynących z analizy takich zjawisk zachodzących we współczesnym świecie, jak: zmiany demograficzne, postęp cywilizacyjny i techniczny oraz ograniczoność zasobów, a przede wszystkim skończona wielkość możliwych do przeznaczenia na ochronę zdrowia środków finansowych. Analiza zmian, jakie zachodzą obecnie w różnych systemach zdrowia, prowadzi do konstatacji, że istnieją trzy główne dziedziny i powody reform, będące równocześnie odzwierciedleniem różnych wizji zdrowia publicznego.

Pierwszym działem jest opieka medyczna (rozumiana jako działania naprawcze), na której w większości koncentrują się działania reformatorskie, natomiast pomijana jest szersza perspektywa w postaci problematyki opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa zdrowotnego. Drugim zakresem jest płaszczyzna uregulowań prawnych dotyczących kwestii zdrowia. Z jednej strony obserwujemy tendencję do stałego rozszerzania publicznych gwarancji zapewnienia zdrowia tak społeczeństwu, jak i poszczególnym jednostkom. Z drugiej strony coraz częściej wprowadza się mechanizmy rynkowe, co może być odczytane jako przekształcenie jednego z podstawowych praw człowieka w towar. Trzecią sferą zachodzących zmian, a zarazem jednym z częściej podnoszonych powodów ich wprowadzania, jest kwestia zasad i kryteriów redystrybucji środków publicznych i wielkości przeznaczanych na zdrowie społeczeństw.

Nie odrzucając żadnych przedsięwzięć, które sprawdziły się w przeszłości – o znaczeniu których czasami zapominamy, ponieważ ich rezultaty traktujemy jako oczywiste – należy stwierdzić, że paradygmatem jest wpływ środowiska fizycznego, społecznego i ekonomicznego na zdrowie jako jego determinant oraz możliwości ich modyfikacji w wyniku celowo zaplanowanych działań. Dylematem immanentnie powiązanym pozostaje jednakże sposób i poziom alokacji zawsze ograniczonych

środków. Ile powinniśmy przeznaczyć na „przyczyny przyczyn”, a ile na „likwidację skutków”? Ile na zdrowie publiczne, na profilaktykę i promocję zdrowia, ile zaś na medycynę naprawczą? Kto i w jakim trybie o tym decyduje? Niezależnie od odpowiedzi, jakich można udzielić na powyższe pytania, celowe jest spojrzenie na nowe zdrowie publiczne od strony jego funkcji. Tylko taka perspektywa pozwala pokazać zamysł w jego opisie praktycznym, a jednocześnie wykonać pierwszy krok w racjonalnym podejściu do zagadnienia jego organizacji [4].

2. Koncepcje podstawowych funkcji zdrowia publicznego

Do podstawowych funkcji zdrowia publicznego zalicza się całokształt działań mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego ludności, zmierzających do zapobiegania, przeciwdziałania oraz minimalizacji różnorodnych zagrożeń, a także takiego kształtowania uwarunkowań zdrowotnych (społeczno-ekonomicznych, środowiskowych, kulturowych), które umożliwiają utrzymanie i poprawę zdrowia ludności. Bezpieczeństwa zdrowotnego nie można wiązać tylko z gwarancją dostępności do dobrych jakościowo i sprawnych organizacyjnie świadczeń medycznych, choć jest to – rzecz jasna – bardzo istotny, a w ocenie społeczeństwa być może najważniejszy element ich subiektywnej oceny.

Pionierskie studium na temat funkcji zdrowia publicznego pochodzi z USA z 1988 roku, a zostało dokonane przez Institutes of Medicine i opublikowane w książce *The Future of Public Health*. W tamtym czasie twierdzono, że zdrowie publiczne ma do spełnienia trzy podsta-

wowe funkcje: szacowanie, tworzenie polityki oraz jej wykonanie. W 1994 roku pod egidą US Department of Health and Human Services, w wyniku współpracy naukowców i praktyków, lista ta została rozwinęta do 10 świadczeń (*public health services*) [12] (Tabela I). Z czasem była ona korygowana, między innymi przez CDC, a wśród poprawek znalazł się na przykład podział na funkcje lokalne i rządowe (stanowe) oraz punkt dotyczący reagowania na sytuacje kryzysowe⁵. W 1998 roku przy wykorzystaniu metody Delphi powstał katalog 9 podstawowych funkcji zdrowia publicznego opracowany przez WHO [8], który następnie modyfikowano zgodnie z potrzebami różnych Regionów: Europy [13], Zachodniego Pacyfiku [14] oraz Regionu Ameryk (PAHO/WHO) [15]. Znanie są ponadto dwie listy funkcji z Wielkiej Brytanii, obejmujące 10 oraz 9 punktów [16]. Opracowany w 2000 roku wykaz australijski zawiera 9 rozbudowanych pozycji [17]. W Kanadzie nie podjęto, co prawda, oficjalnych prac nad opracowaniem takiego zestawu, ale ogólnokrajowa grupa robocza od 2003 roku zaleca używanie listy 5-punktowej⁶.

Poniższe zestawienie przedstawia wybrane koncepcje aktualnie identyfikowanych funkcji zdrowia publicznego z podkreśleniem tych, które w sposób bezpośredni odnoszą się do problematyki zdrowia środowiskowego. Nie oznacza to jednak, że związek ze zdrowiem środowiskowym nie występuje w przypadku innych zidentyfikowanych funkcji – najczęściej nie jest on widoczny bezpośrednio (np. punkt 2: nadzór, badanie i kontrola czynników ryzyka i zagrożeń – w oczywisty sposób może dotyczyć czynników środowiskowych).

Kraj/ Rok	Domeny/obszary/funkcje/świadczenia zdrowia publicznego
USA 1988	(1) ocenianie (<i>assessment</i>); (2) opracowywanie polityki (<i>policy development</i>); (3) zapewnienie dostępu do świadczeń (<i>assurances</i>) ⁷
USA 1994	<i>szacowanie (assessment)</i> (1) monitorowanie stanu zdrowia; (2) diagnozowanie i badanie problemów zdrowotnych i zagrożeń zdrowia; <i>tworzenie polityki (policy development)</i> (3) informowanie, edukowanie, upodmiotowienie ludzi; (4) mobilizowanie do partnerstwa; (5) tworzenie polityk i planów; <i>wykonanie (assessment)</i> (6) wzmocnianie prawa i regulacji; (7) łączenie ludzi ze świadczeniami opieki medycznej; (8) zapewnienie kompetentnej kadry ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej; (9) ocenianie efektywności, dostępności i jakości świadczeń; (10) prowadzenie badań naukowych dla innowacji
WHO 1997	(1) zapobieganie, nadzór i kontrola chorób zakaźnych i niezakaźnych; (2) monitorowanie sytuacji zdrowotnej; (3) promocja zdrowia; (4) zdrowie w środowisku pracy; (5) zdrowie środowiskowe; (6) przepisy prawne i regulacje w zdrowiu publicznym; (7) zarządzanie w zdrowiu publicznym; (8) specyficzne świadczenia zdrowia publicznego; (9) opieka zdrowotna dla osób należących do grup szczególnie narażonych i grup podwyższonego ryzyka;

WHO, Region Europy 2004	<p><i>domeny: ochrona zdrowia; zapobieganie chorobom; promocja zdrowia świadczenia:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> (1) nadzór i ocena stanu zdrowia; (2) identyfikacja problemów i zagrożeń; (3) ochrona zdrowia (m.in. zdrowie środowiskowe, bezpieczeństwo żywności, zdrowie pracujących); (4) przygotowanie do katastrof, nagłych stanów zagrożenia oraz zarządzanie kryzysowe; (5) zapobieganie chorobom (profilaktyka I i II fazy, m.in. szczepienia i skrining); (6) promocja zdrowia i edukacja zdrowotna; (7) badania naukowe; (8) ocena jakości i dostępności świadczeń; (9) zapewnienie kadry; (10) inicjowanie, tworzenie i planowanie polityk
PAHO	<ol style="list-style-type: none"> (1) monitorowanie, ocena i analiza stanu zdrowia; (2) nadzór, badanie i kontrola czynników ryzyka i zagrożeń; (3) promocja zdrowia; (4) społeczne uczestnictwo; (5) tworzenie polityk i potencjału instytucji dla planowania i zarządzania; (6) wzmocnienie prawa i potencjału; (7) ocena i promocja równego dostępu do świadczeń; (8) rozwój zasobów ludzkich; (9) zapewnienie jakości świadczeń indywidualnych i populacyjnych; (10) badania naukowe; (11) zmniejszanie wpływu stanów nagłych i katastrof
WHO, Zachodni Pacyfik	<ol style="list-style-type: none"> (1) monitorowanie i analiza sytuacji zdrowotnej; (2) nadzór epidemiologiczny/zapobieganie; (3) przygotowanie i wdrażanie polityk oraz planowanie; (4) strategiczne zarządzanie systemami zdrowotnymi; (5) przygotowanie i egzekwowanie przepisów; (6) rozwój i planowanie zasobów ludzkich; (7) promowanie zdrowia i sprzyjanie uczestnictwu społeczeństwa; (8) poprawa jakości świadczeń; (9) prowadzenie badań, rozwój i wdrażanie innowacji
Indie	<ol style="list-style-type: none"> (1) monitorowanie, ocena i analiza stanu zdrowia; (2) nadzór nad zdrowiem publicznym; (3) promowanie zdrowia; (4) regulacja w zdrowiu publicznym i jej przestrzeganie; (5) stymulowanie udziału społeczeństwa w działaniach na rzecz zdrowia; (6) rozwijanie polityki i planowania w zdrowiu publicznym i sterującej roli władz zdrowotnych; (7) ocena i wspomaganie możliwości równego dostępu do niezbędnych świadczeń zdrowotnych; (8) rozwijanie zasobów ludzkich i ich kształcenie w dziedzinie zdrowia publicznego; (9) działania na rzecz poprawy jakości świadczeń leczniczych i świadczeń zdrowia publicznego; (10) prowadzenie badań na rzecz zdrowia publicznego i wdrażanie innowacyjnych rozwiązań; (11) rozwój zdolności zarządzania w celu organizowania systemów i świadczeń w zdrowiu publicznym; (12) zmniejszanie zdrowotnych następstw nagłych zagrożeń i katastrof
Wielka Brytania 2005 Faculty of Public Health	<p><i>domeny: poprawa zdrowia; poprawa świadczeń; ochrona zdrowia</i></p> <p><i>działy:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> (1) szacowanie stanu zdrowia i dobrostanu; (2) ocena dowodów efektywności interwencji, programów i usług; (3) tworzenie i wdrożenie polityk i strategii; (4) strategiczne przywództwo i współpraca; (5) poprawa zdrowia; (6) ochrona zdrowia; (7) jakość świadczeń zdrowotnych i społecznych; (8) wywiad zdrowia publicznego; (9) akademickie zdrowie publiczne

Australia 2000	<ol style="list-style-type: none"> (1) szacowanie, analiza i komunikowanie potrzeb zdrowotnych i oczekiwań społeczności; (2) zapobieganie i kontrola chorób zakaźnych i niezakaźnych, urazów poprzez eliminację czynników ryzyka, edukację, skringing, szczepienia i inne interwencje; (3) promowanie i wspieranie zdrowego stylu życia i zachowań; (4) promowanie, tworzenie i wspieranie polityki prozdrowotnej, w tym legislacja i działania fiskalne; (5) planowanie, finansowanie, zarządzanie i ocena „zysków” zdrowotnych oraz programy budowania potencjału oraz kształtowanie umiejętności, kompetencji, systemów i infrastruktury; (6) wzmocnienie społeczności oraz budowanie kapitału społecznego; (7) promowanie, tworzenie, wsparcie i inicjowanie działań tworzących bezpieczne i zdrowe środowisko; (8) promowanie, tworzenie, wsparcie zdrowego wzrostu i rozwoju na wszystkich etapach życia; (9) promowanie, tworzenie, wsparcie działań poprawiających stan zdrowia Aborygenów, mieszkańców Wysp Torresa i innych grup podatnych
Europejski Projekt PHETICE, 2008	<ol style="list-style-type: none"> (1) dostarczanie danych na temat stanu zdrowia; (2) koordynowanie działań międzysektorowych i interdyscyplinarnych; (3) pilnowanie sposobu, w jaki publiczne pieniądze są wydawane na zdrowie; (4) udział w tworzeniu polityk; (5) działania dotyczące najczęstszych przyczyn zgonów i chorób; (6) budowanie społecznej świadomości społeczno-ekonomicznych uwarunkowań zdrowia; (7) wykorzystanie i organizowanie świadczeń ochrony i prewencji, takich jak: kontrola żywności, środowiska, planowanie rodziny, szczepienia; (8) usamodzielnianie (upodmiotowienie) ludzi w kwestiach zdrowia; (9) tworzenie dostępu dla populacji zagrożonych i wykluczonych z systemu zdrowotnego

Tabela I. Wybrane koncepcje podstawowych funkcji zdrowia publicznego.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: D. Cianciara, *Kształcenie na kierunku studiów „zdrowie publiczne” w Polsce w świetle ustaleń międzynarodowych*, „Przegl. Epidemiol.” 2009; 63: 325–332; C. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne w perspektywie międzynarodowej. Wybrane elementy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2007, 34–38; Department of Health, NHS http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH_5175208; *Essential Public Health Functions. A three-country study in the Western Pacific Region*. World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, 2003, 35–40, http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/7472FD5D-BBD0-4640-8EB8-3EAC8A2276B9/0/Essential_public_health_functions.pdf; *Expert Committee on public health administration. First Report*, WHO Technical Report Series, no 55, WHO, Geneva 1952; *National Public Health Partnership (NPHP), Public Health Practice in Australia today: A statement of core functions*. National Public Health Partnership. Melbourne 2000, 2. <http://www.nphp.gov.au/workprog/phi/index.htm>; *Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO) The Essential Public Health Functions as a Strategy for Improving Overall Health Systems Performance: Trends and Challenges since the Public Health in the Americas Initiative, 2000–2007* http://www.paho.org/english/DPM/SHD/HR/EPHF_2000-2007.Pdf; *The Public Health Workforce: An Agenda for the 21st Century. A Report of the Public Health Functions Project*. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. <http://www.health.gov/phfunctions/pubhlth.pdf>

Istniejące krajowe i regionalne zestawy podstawowych działań z zakresu zdrowia publicznego powstały w wyniku dyskusji oraz porozumienia teoretyków i praktyków, przy czym większość z nich podlegała ewolucji. Wszystkie posługują się nieco innymi sformułowaniami, ale w istocie opisują te same dziedziny aktywności. Różnice zdają się dotyczyć szczególnych potrzeb danego kraju – terytorium, takich jak np. redukcja skutków katastrof i kataklizmów (region Ameryk, Indie). W kilku zestawach do rangi funkcji elementarnych podniesiono problematykę zmniejszania nierówności w zdrowiu, tworzenia dostępu do świadczeń dla grup wykluczonych i etyki postępowania (Wielka Brytania, projekt PHETICE) oraz zdrowia mniejszości narodowych (Australia) [13]. Porównanie przedstawionych powyżej koncepcji podstawowych funkcji zdrowia publicznego pozwala na wskazanie stałych priorytetów w zdrowiu publicznym, powtarzających się niezależnie od kraju – terytorium tworzącego owe priorytety. Należą do nich monitorowanie i nadzór w zdrowiu publicznym, promocja zdrowia oraz regulacje prawne w zdrowiu publicznym. Zdrowie środowiskowe – w terminologii tradycyjnej, czy bardziej

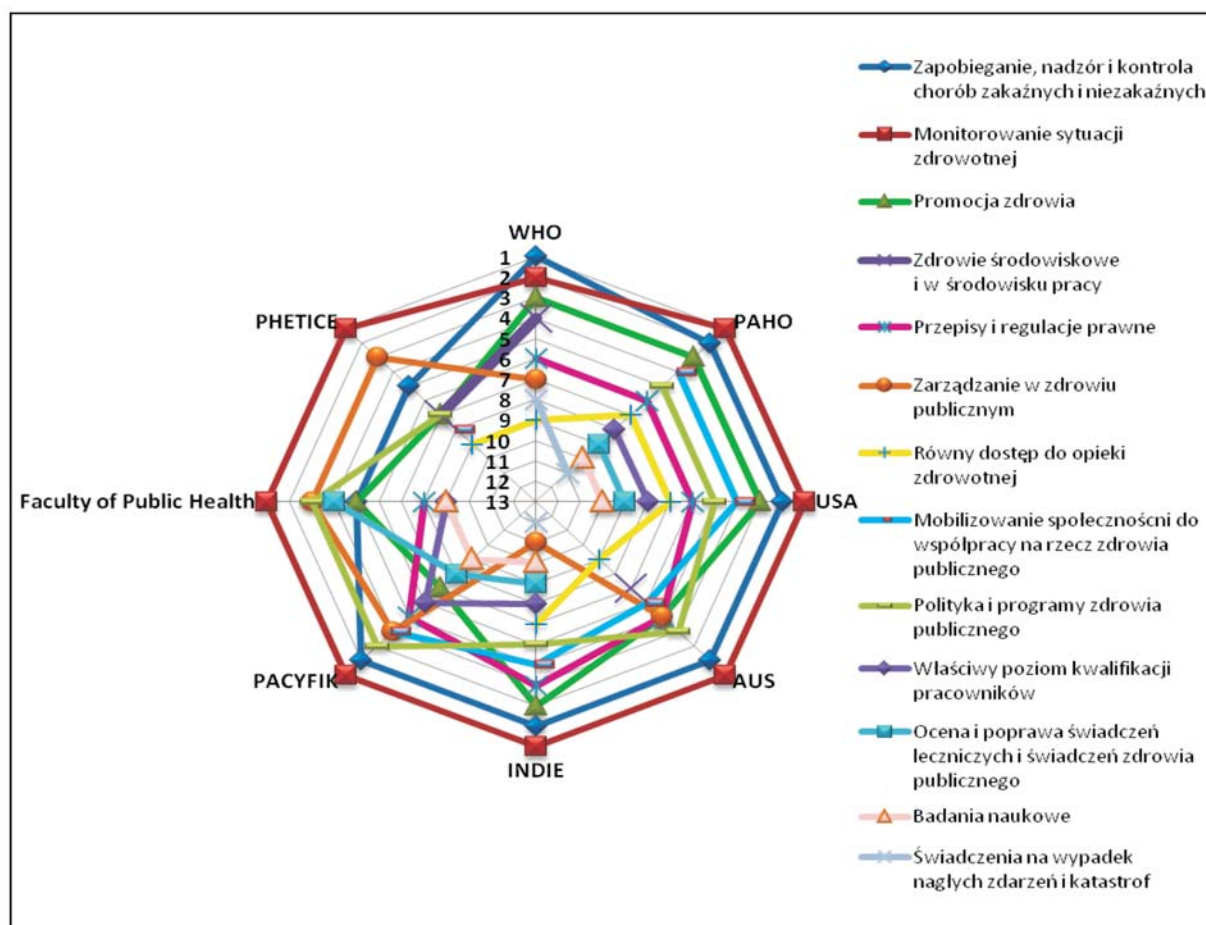
poprawnie z punktu widzenia przedmiotu podejmowanych działań – zdrowie środowiska, jest elementem raczej odróżniającym od siebie poszczególne koncepcje. Problematyka ta jest sygnalizowana jako ważny punkt odniesienia aktywności w polityce zdrowia publicznego w sposób bezpośredni na listach WHO, europejskich i australijskiej.

Formułując podstawowe funkcje zdrowia publicznego, WHO starało się rozwiązać trzy problemy:

- zdefiniować koncepcje PFZP;
- osiągnąć szeroką międzynarodową zgodę co do treści uznawanych za podstawowe;
- ustalić zakres funkcji, które powinny być uznawane za podstawowe w przyszłości [18].

Na liście PFZP WHO zdrowie środowiskowe jest ujęte w dwóch płaszczyznach: środowiska pracy i zdrowia środowiskowego. W pierwszym przypadku odnosi się do działań na rzecz stanowienia standardów zdrowia i bezpieczeństwa w środowisku pracy, a w drugim do takich aspektów środowiskowych, jak:

- dostarczanie zdrowiej wody, jej ochrona i zapewnianie możliwości korzystania;



Rysunek 1. Międzynarodowe koncepcje podstawowych funkcji/świadczeń zdrowia publicznego⁸.

Źródło: Opracowanie I. Banaś, K. Kumorek, M. Zajac na podstawie: C. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne w perspektywie międzynarodowej. Wybrane elementy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007, 34–38 [18].

- kontrola jakości i bezpieczeństwa żywności;
- zapewnienie właściwego odprowadzania wody i zagospodarowania odpadów oraz śmieci;
- kontrola niebezpiecznych substancji odpadów;
- dostarczenie narzędzi kontroli czynników chorobotwórczych;
- zapewnienie ochrony wody i gleby;
- zapewnienie, by sprawy zdrowia środowiskowego były ujmowane w planach i programach rozwojowych;
- ochrona i kontrola skażeń atmosfery;
- zapewnienie właściwego funkcjonowania służb ochrony środowiska;
- zapewnienie właściwego funkcjonowania inspekcji, monitoringu i kontroli zakażeń występujących w środowisku;
- kontrola promieniowania.

Australijskie doświadczenia z funkcjami zdrowia publicznego obejmowały co najmniej dwa nurty aktywności: badania dotyczące treści działań oraz polityczny proces, w którego ramach określono znaczenie funkcji uznawanych za najważniejsze. W dokumentach posługiwano się pojęciem funkcji wiodących i wiązano je ze zdolnością reagowania na istniejące i mogące pojawić się

problemy zdrowotne [18]. Na liście australijskiej aspekty zdrowia środowiskowego są widoczne w funkcji 7 – promowanie, rozwijanie, wspieranie i inicjowanie działań służących zdrowemu i bezpiecznemu środowisku, co oznacza aktywności w zakresie promowania bezpiecznych i zdrowych warunków w środowisku pracy, środowisk sprzyjających zdrowiu fizycznemu, psychicznemu i społecznemu oraz trwałego rozwoju, przy zachowaniu reguł ekologicznych.

Europejskie doświadczenia z funkcjami/domenami zdrowia publicznego obejmują aktywności EURO – WHO, które w roku 2004 sformułowało listę priorytetów w zdrowiu publicznym, a także do działań podjętych na rzecz identyfikacji funkcji zdrowia publicznego w Wielkiej Brytanii czy w badawczych programach europejskich (np. w 2008 roku projekt PHETICE, dotyczący kształcenia w zdrowiu publicznym w warunkach poszerzającej się Unii Europejskiej). W koncepcjach tych zdrowie środowiskowe jest ujmowane w kategoriach zdrowego środowiska naturalnego, bezpieczeństwa żywności, zdrowia pracujących oraz wykorzystania i organizowania świadczeń ochrony i prewencji, takich jak: kontrola żywności, środowiska, planowanie rodziny, szczepienia (Rysunek 1).

3. Polskie priorytety w zdrowiu publicznym – odniesienie do uwarunkowań środowiskowych zdrowia

Uznając zdrowie za jedną z głównych, obok poczucia wolności i bezpieczeństwa socjalnego, wartości społecznych, należy stwierdzić, iż wyzwaniem, przed jakim stoją władze publiczne, jest określenie, czy i do jakiego stopnia zdrowie powinno być postrzegane jako dobro wspólne lub jako dobro indywidualne każdego człowieka. Na ile dobro to powinno być „towarem” i podlegać działaniu sił wolnorynkowych, a na ile stanowić powinno prawo każdego człowieka, za którego urzeczywistnienie odpowiedzialność spoczywa na organach władzy publicznej.

3.1. Koncepcja podstawowych funkcji zdrowia publicznego według J. Leowskiego

Poniżej wymieniono podstawowe funkcje zdrowia publicznego według J. Leowskiego [11] z uwzględnieniem następnie szerokiego opisu znaczenia poszczególnych funkcji, a także metod ich realizacji w kontekście koncepcji zdrowia publicznego w Polsce.

Podstawowe funkcje zdrowia publicznego w zakresie działań na rzecz ogółu to:

- 1) monitorowanie stanu zdrowia oraz określanie potrzeb zdrowotnych ludności;
- 2) zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób zakaźnych i społecznych wymagających zorganizowanego wysiłku państwa na rzecz ich zwalczania;
- 3) identyfikacja i zwalczanie zagrożeń zdrowotnych w żywności i wodzie, w środowisku, miejscu zamieszkania, pracy, nauki oraz w placówkach służby zdrowia;
- 4) zapobieganie wypadkom i urazom oraz zapewnienie kompleksowej pomocy, w tym medycznej, ofiarom katastrof i klęsk żywiołowych;
- 5) zapewnienie nadzoru epidemiologicznego, w tym laboratoryjnej kontroli przeciwepidemicznej i zagrożeń środowiskowych;
- 6) promowanie aktywnego współuczestnictwa społeczeństwa w działaniach na rzecz zdrowia;
- 7) kształcenie i doskonalenie zawodowe lekarzy i innego personelu medycznego;
- 8) zapewnienie jednolitych kompleksowych regulacji prawnych w ochronie zdrowia;
- 9) monitorowanie zakresu i jakości świadczeń medycznych, ich dostępności, przestrzegania zasad etyki zawodowej personelu, przestrzegania praw pacjenta i międzynarodowych regulacji prawnych w ochronie zdrowia. Ocena sytuacji zdrowotnej kraju na tle porównań międzynarodowych [19].

Badanie stanu zdrowia oraz określanie potrzeb zdrowotnych powinno stanowić punkt wyjścia dla wszystkich działań mających na celu ochronę zdrowia. Prawidłowe określenie „problemów zdrowotnych” wymagających rozwiązania jest podstawą racjonalnej polityki zdrowotnej. Z tego powodu sposoby gromadzenia i analizy danych powinny umożliwiać także śledzenie dynamiki

zjawisk zdrowotnych i umożliwiać porównywanie ich w czasie i przestrzeni.

Identyfikacja i zwalczanie zagrożeń środowiskowych to klasyczny przykład działań obejmujących wiele sfer, działań opartych na uregulowaniach prawnych dotyczących różnych sektorów gospodarki i życia społecznego. Jako przykłady można podać: ochronę zasobów wody pitnej i kontrolę jej jakości, kontrolę produkcji i obrotu żywnością. Warto tutaj zaznaczyć, że nie zawsze są one postrzegane jako te, które mają pośredni czy nawet bezpośredni związek ze zdrowiem i są traktowane najczęściej jako „techniczne” sprawy gospodarki komunalnej lub ochrony środowiska.

Ostatnio coraz większego znaczenia nabierają sprawy bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych w szerokim tego słowa znaczeniu: od zagadnień ewentualnego ubocznego działania leków do wpływu nowych technologii medycznych czy – wydawałoby się paradoksalnie – pobytu w szpitalu. Do szeroko stosowanych działań przez służby zdrowia publicznego należy m.in. nadzór zdrowotny nad warunkami nauki i pracy czy też tzw. nadzór zapobiegawczy w odniesieniu do planów budowlanych czy zagospodarowania przestrzennego. Zapobieganie wypadkom i udzielanie kompleksowej pomocy ofiarom katastrof i klęsk żywiołowych to kolejny przykład koniecznych działań międzysektorowych inspirowanych i prowadzonych przez państwo. Wymagają one bowiem zarówno działań legislacyjnych, jak i sprawnej struktury organizacyjnej ratownictwa. Dotyczy to w szczególności przygotowania na wypadek katastrof i klęsk żywiołowych zarówno infrastruktury materiałowo-sprzętowej, jak i funkcjonowania służb ratunkowych, w tym medycznych.

Bez dyskusyjnie jest także i to, że do prawidłowej diagnozy i leczenia chorób potrzebne są laboratoria kliniczne. Taką samą rolę w odniesieniu do zdrowia populacji muszą pełnić laboratoria zdrowia publicznego, które będą badać zagrożenia epidemiczne w zakresie chorób zakaźnych (w tym także zawleczonych z zagranicy), wynikające z obecności substancji toksycznych w środowisku człowieka (powietrze, woda, gleba, żywność, przedmioty codziennego użytku). Dotyczy to także zagrożeń wynikających z wymiany handlowej z zagranicą. Laboratoria te mogą być także bazą dla realizacji narodowych programów zwalczania niektórych chorób niezakaźnych o znaczeniu społecznym.

Oczywiste jest, że zdrowia – w sensie działań je chroniących – nie można nikomu narzucić ani zmusić wprost do zachowań prozdrowotnych. Jednakże bez aktywnego udziału społeczeństwa, szczególnie społeczeństw lokalnych, działania na rzecz zdrowia nie mogą być pełne. Udział społeczeństw zależy bezpośrednio od poziomu wiedzy na temat zasad zdrowego stylu życia oraz od zapewnienia (stworzenia) warunków temu sprzyjających. Podobnie jest rzeczą oczywistą, że żaden system zdrowia nie może funkcjonować bez właściwej, co do liczby i jakości, kadry profesjonalistów, pozytywnie motywowanej do realizacji misji i zadań wykształconych zgodnie z wymogami współczesnej wiedzy medycznej, nowych technologii diagnostyczno-leczniczych oraz struktury potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Chodzi tu nie tylko

o lekarzy, dentystów, farmaceutów, pielęgniarki i położne oraz inny personel fachowy udzielający indywidualnych świadczeń zdrowotnych, ale także o fachowców wykształconych do działań w zakresie zdrowia publicznego w różnych instytucjach, nie tylko wprost związanych z sektorem opieki zdrowotnej. Dotyczy to absolwentów szkół medycznych wyspecjalizowanych w zagadnieniach zdrowia publicznego, ale także: biologów, chemików, ekonomistów, inżynierów środowiskowych, socjologów, prawników i przedstawicieli innych zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

Zdrowie publiczne może być także widziane jako system składający się z wiedzy, wartości, zasobów, działań służących zdrowiu obywateli w procedurach demokratycznego państwa prawnego. Jak każdy system, także system zdrowia składa się z podsystemów, ma uporządkowaną strukturę według ustalonych reguł określających ich wzajemne relacje, jak również relacje z użytkownikami (odbiorcami) i innymi systemami społecznymi. Ustalenie zatem reguł określających funkcjonowanie systemu i jego relacje zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne, jest niezbędne. Jest funkcją zdrowia publicznego i należy do podstawowych obowiązków państwa.

Jak wspomniano wcześniej, do funkcji zdrowia publicznego włącza się także niektóre indywidualne świadczenia zdrowotne, mimo że opieka indywidualna nie stanowi istoty działań (w zakresie zdrowia publicznego). Do podstawowych funkcji zdrowia publicznego w zakresie działań na rzecz ochrony zdrowia osób indywidualnych zalicza się:

- 1) zapewnienie pełnej dostępności szczepień ochronnych oraz możliwości wczesnego wykrywania i leczenia chorób zakaźnych;
- 2) zapewnienie pełnej dostępności pomocy medycznej dla niektórych osób pozbawionych dostępu do świadczeń zdrowotnych;
- 3) objęcie niezbędnym zakresem świadczeń leczniczych wybranych chorób o znaczeniu społecznym;
- 4) objęcie badaniami skriningowymi i czynnym poradnictwem niektórych grup wysokiego ryzyka;
- 5) nadzór merytoryczny i pomoc finansową dla niektórych instytucji [19].

Jak wspomniano wcześniej, niektóre funkcje służb medycznych i służb zdrowia publicznego mogą się przeplatać i uzupełniać. Szczepienia ochronne są przykładem na to, że działania mające na celu zdrowie ogółu ludności są wykonywane w ramach indywidualnych świadczeń zdrowotnych. W odniesieniu do niektórych chorób zakaźnych konieczne jest zapewnienie badań przeglądowych grup wysokiego ryzyka zachorowania.

W wielu krajach – nie tylko biednych, ale także przechodzących głęboką transformację społeczno-ekono-

miczną – istnieje, a nawet pogłębia się rozwarstwienie ekonomiczno-społeczne. Istnieją liczne społeczności nie-
mogące zaspokoić podstawowych potrzeb, w tym także medycznych. Wzrasta rola instytucji charytatywnych realizujących swoją misję, a także działalność różnych organizacji pozarządowych. Realizacja przez nie pewnych zadań może przebiegać bardziej skutecznie i efektywnie: lepiej odpowiadać na potrzeby, niż uczyniłyby to instytucje czy organy władzy publicznej.

Jak wynika z powyżej analizy, funkcje związane ze zdrowiem środowiskowym zostały zakwalifikowane do zakresu działań na rzecz ogółu, stanowią ważny i stały punkt odniesienia aktywności władz publicznych w polityce zdrowia publicznego.

3.2. Funkcje środowiskowe w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015

Cele środowiskowe zostały także zawarte w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015 w celu operacyjnym nr 6 – zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju⁹. Autorzy programu uznali, że zapobieganie skutkom zdrowotnym zanieczyszczenia środowiska jest zwykle działaniem długotrwałym. W związku z faktem, że wyeliminowanie ze środowiska czynników szkodliwych jest niemożliwe, należy dążyć do ich ograniczenia. Taki kierunek działania został potwierdzony przez Unię Europejską. Zgodnie z wypracowanymi na jej forum wytycznymi zapobieganie chorobom środowiskowym powinno uwzględniać zarówno działania zmierzające do zmniejszania zanieczyszczenia środowiska, jak i działania z zakresu zdrowia publicznego mające na celu ograniczenie narażenia ludności na szkodliwe czynniki środowiskowe oraz redukcję ich skutków zdrowotnych.

Pomimo dokonującej się w ostatnich latach poprawy stanu środowiska sytuacja w naszym kraju jest wciąż niezadowolająca i wymaga intensyfikacji działań naprawczych. Zanieczyszczenia powietrza w miejscach pracy, w mieszkaniach, a także zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego, wody przeznaczonej do spożycia oraz wód powierzchniowych, gleby i żywności powodują występowanie wielu zaburzeń zdrowotnych. Zwiększają także ryzyko rozwoju chorób, szczególnie przewlekłych: układu oddechowego i pokarmowego, a także niektórych nowotworów, poronień samoistnych, zgonów okołoporodowych i wad wrodzonych.

Identyfikację rezultatów działań, planowanych zadań, oczekiwanych korzyści, a także przyjętych do pomiaru efektywności realizacji celu operacyjnego nr 6 wskaźników przedstawia **Tabela II**.

Oczekiwane rezultaty do 2015	Zadania	Oczekiwane korzyści zdrowotne	Monitorowanie/Ewaluacja
		<i>Zmniejszenie w stosunku do 2005 roku:</i>	<i>Wskaźniki środowiskowe</i>
1. Zmniejszenie wielkości emisji do atmosfery niebezpiecznych substancji oraz ich prekursorów	1. Kontynuacja istniejących oraz wdrożenie nowych wieloletnich programów z dziedziny zdrowia środowiskowego	1. Wskaźnika umieralności z powodu chorób układu oddechowego oraz układu krążenia	1. Wybrane wskaźniki dotyczące wielkości emisji i imisji zanieczyszczeń powietrza oraz wskaźniki jakości wody i wielkości ładunków ściekowych generowane w ramach Państwowego Monitoringu Środowiska
2. Zmniejszenie narażenia na ponadnormatywne stężenia zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego, powietrza wewnątrz pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi oraz na ponadnormatywne poziomy hałasu, zwłaszcza emitowanego przez środki transportu	2. Konsekwentna realizacja programów naprawczych w dziedzinie jakości powietrza atmosferycznego, wody przeznaczonej do spożycia oraz utylizacji odpadów, zwłaszcza niebezpiecznych	2. Zapadalności na ostre i przewlekłe choroby układu oddechowego	2. Wybrane wskaźniki jakości wody przeznaczonej do spożycia oraz jakości środowiska bytowania i pracy generowane w ramach systemów informacyjnych Państwowej Inspekcji Sanitarnej
3. Poprawa jakości wód powierzchniowych służących do zaopatrzenia ludności oraz wód w kąpieliskach publicznych 4. Osiągnięcie bezpiecznego poziomu szkodliwych substancji oraz mikroorganizmów występujących w wodzie przeznaczonej do spożycia	3. Doskonalenie przepisów prawa budowlanego w kierunku zmniejszenia zagrożeń zdrowia związanych ze stosowanymi technologiami i upowszechnienia ekologicznych materiałów budowlanych	3. Zapadalności na choroby zawodowe.	<i>Wskaźniki zdrowotne</i>
5. Zmniejszenie narażenia na ponadnormatywne stężenia i natężenia szkodliwych czynników występujących w środowisku pracy, zwłaszcza na czynniki rakotwórcze i alergiczne	4. Eliminacja lub modernizacja technologii powodujących zanieczyszczenie środowiska pracy, zamieszkania i obiektów użyteczności publicznej	4. Zapadalności na choroby zakaźne i inwazyjne ogółem	1. Wskaźniki umieralności z powodu wybranych przyczyn
6. Ograniczenie narażenia na szkodliwe czynniki biologiczne występujące w środowisku bytowania i pracy przez redukcję ich źródeł	5. Restrukturyzacja produkcji rolniczej na obszarach o glebach nadmiernie zanieczyszczonych substancjami toksycznymi	5. Zapadalności na alergiczne i niealergiczne choroby układu oddechowego i skóry	2. Wskaźniki zachorowalności na wybrane choroby
7. Ograniczenie narażenia na ponadnormatywne natężenie pól elektromagnetycznych	6. Rozwijanie zintegrowanych programów edukacji ekologicznej, zdrowotnej i konsumenckiej, skierowanych do decydentów, samorządów, producentów i konsumentów	6. Zapadalności na niektóre rodzaje nowotworów	3. Częstość występowania poszczególnych chorób zawodowych
8. Ograniczenie czynników stresogennych w miejscu pracy oraz negatywnych skutków zdrowotnych spowodowanych traumą, mobingiem i agresją w miejscu pracy	7. Konsekwentna realizacja przepisów ustawy o substancjach i preparatach chemicznych oraz systematyczna weryfikacja wartości najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy i życia w oparciu o kryteria zdrowotne		4. Częstość występowania wad wrodzonych u noworodków

9. Sukcesywny spadek poziomu substancji toksycznych oraz ich metabolitów w materiale biologicznym		5. Częstość występowania niskiej masy urodzeniowej, hospitalizacja z powodu wybranych przyczyn, częstość występowania podwyższonego stężenia ołowiu we krwi dzieci zamieszkających w dużych miastach
---	--	--

Tabela II. Cel operacyjny 6. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju.

Źródło: Opracowanie własne.

Podsumowanie

W wieku XIX, a także w pierwszych dekadach ubiegłego stulecia działania w zakresie zdrowia publicznego dotyczyły głównie środowiska naturalnego, w jakim funkcjonowały społeczeństwa: bezpieczeństwa wody, powietrza i żywności. W sferze walki z chorobami koncentrowały się na ograniczaniu przyczyn zgonów związanych z infekcjami, urazami, zatruciami, także w kontekście biedy i ubóstwa społeczeństw lub ich części. Osiągnięcia w tym zakresie, które skutkowały spektakularnym spadkiem chorobowości i umieralności, głównie w odniesieniu do chorób zakaźnych, nazywa się często pierwszą rewolucją zdrowotną.

W wieku XX pojawiły się nowe zagrożenia zdrowia, zwiększyła się liczba chorób związanych z coraz dłuższym trwaniem życia, nierównościami w zdrowiu, a także negatywnymi zmianami w środowisku naturalnym. Te zagadnienia stały się głównym przedmiotem działań w zakresie zdrowia publicznego. Zakładano, że wielu zjawiskom szkodliwym dla zdrowia można zapobiec poprzez zmiany w środowisku naturalnym i społecznym, a także poprzez zmiany w zachowaniach jednostek. Spektakularne osiągnięcia wiedzy i technologii medycznej oraz znaczące zwiększanie dostępności do instytucjonalnej opieki zdrowotnej doprowadziły do przekonania, że rozwiązanie problemów zdrowotnych ludności będzie związane głównie ze zwiększeniem nakładów na sektor zdrowia oraz nowoczesną medycynę naprawczą.

W połowie ubiegłego wieku doszło do zahamowania obserwowanych uprzednio pozytywnych trendów we wskaźnikach zdrowotnych, a także trudności – z przyczyn ekonomicznych – w dalszym rozwoju systemów opieki zdrowotnej. Pojawiły się także kolejne zagrożenia zdrowotne, związane z nowymi, ale także powracającymi chorobami, globalizacją, a ostatnio także terroryzmem. Wszystko to spowodowało trwający do dziś od lat 70. proces rewaluacji dotychczasowych działań na rzecz zdrowia i wyłanianie się koncepcji nowego zdrowia publicznego, w którym aspekty zdrowia środowiskowego mają charakter drugoplanowy. Zakres zdrowia publicznego zmienia się w relacji do następujących zmian społecznych i uznawanych wartości, postępu technologicznego i cywilizacyjnego, lecz cele pozostają te same: zmniejszenie występowania chorób i przedwczesnych zgonów oraz stanów powodujących cierpienie i niepełnosprawność.

W zdrowiu publicznym punktem wyjścia jest obecnie ocena stanu zdrowia określonej zbiorowości (populacji) i/lub określenie danego problemu zdrowotnego w wymiarze społecznym na podstawie danych epidemiologicznych; wykorzystanie metod innych nauk w celu identyfikacji wszystkich ważnych czynników mogących kształtować mierzalny poziom zdrowia. Z tego powinny wypływać konkretne wnioski co do celów, kierunków i priorytetów działań na rzecz zdrowia.

Spektrum zdrowia publicznego obejmuje:

- 1) szacowanie i monitorowanie zdrowia społeczności i zagrożonych populacji w celu identyfikacji problemów zdrowotnych i ustalania priorytetów;
- 2) formułowanie, wdrażanie i ocena działań mających na celu rozwiązywanie problemów zdrowotnych w wymiarze populacyjnym;
- 3) zapewnienie równego i sprawiedliwego dostępu społeczeństwa do właściwych świadczeń zdrowotnych, zorganizowanych w sposób skuteczny, efektywny i o właściwej jakości ze szczególnym uwzględnieniem promocji zdrowia i profilaktyki chorób;
- 4) ocena skuteczności i efektywności systemu opieki zdrowotnej;
- 5) kontrolowanie czynników ekologicznych oraz tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych.

We wszystkich wskazanych powyżej sferach mieszczą się działania, których przedmiotem jest szeroko pojęte zdrowie środowiskowe. Zidentyfikowane zagrożenie zdrowotne populacji może mieć swoją przyczynę na przykład w sferze zdegradowanego, niewłaściwie wykorzystywanego środowiska (zanieczyszczenie atmosfery), a wdrażanie działań w celu rozwiązania problemu będzie dotyczyło zaniechania dalszej degradacji, wdrożenia programów naprawczych, rewitalizacji i ochrony.

Zdrowie publiczne może być opisane także poprzez tzw. podstawowe funkcje zdrowia publicznego. Jest to zestaw niezbędnych i koniecznych, fundamentalnych działań wykonywanych w celu chronienia i poprawy zdrowia populacji oraz leczenia chorób przy użyciu zasobów, metod i narzędzi nakierowanych na społeczność i środowisko. W skład tego zestawu mogą wchodzić indywidualne świadczenia zdrowotne podejmowane dla ochrony i leczenia osób z grup wysokiego ryzyka lub specjalnie podatnych na narażenia, ale opieka indywidualna nie stanowi podstawowej funkcji zdrowia publicznego.

go. Realizacja tej funkcji jest domeną władz publicznych; wymaga współdziałania i inicjatyw międzysektorowych, a także zaangażowania społeczności lokalnych.

Na koniec, odnosząc się do polskiej perspektywy określenia funkcji zdrowia publicznego i koncepcji nowego zdrowia publicznego, poza klasyfikacją funkcji dokonaną przez J. Leowskiego, należy ponownie przywołać Narodowy Program Zdrowia¹⁰, który wyznacza cele strategiczne i operacyjne oraz wskazuje priorytetowe dla polityki zdrowia publicznego populacje. W kontekście podjętego tematu szczególnie istotny jest tu cel operacyjny nr 8: zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji, a wśród celów operacyjnych cel nr 6: zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju. W oczywisty sposób wszystkie przyjęte na gruncie międzynarodowym i wspólnotowym ujęcia przywołane wyżej dają się w pełni zastosować w kontekście rozwiązań krajowych. Dążenie do ujednolicenia pojęciowego, metodologicznego niekoniecznie musi wykluczać stosowanie specyficznych rozwiązań, uzasadnionych z punktu widzenia zróżnicowania sytuacji na poziomie krajowym – często będzie to zasadniczym warunkiem efektywnego działania w wielu obszarach należących do sfery zdrowia publicznego.

Na koniec warto podkreślić, że obecna faza dyskusji nad identyfikacją priorytetowych działań w zdrowiu publicznym jest skoncentrowana na „podstawowych operacjach zdrowia publicznego”, a struktura i cele Narodowego Programu Zdrowia mogą, a nawet powinny być do nich odnoszone.

Przypisy

¹ Potrzeby te nazywane są w piśmiennictwie potrzebami rzeczywistymi. Por. np. J. Leowski, *Funkcje zdrowia publicznego*. „Zdrowie Publiczne” 2001; 111(5): 382–386.

² *Op. cit.*

³ Między innymi ze względu na trudności dotyczące powiązania ich z uwarunkowaniami *evidence based medicine* (EBM), gdyż okresy ewaluacji są niezwykle wydłużone w stosunku do tradycyjnych świadczeń medycznych.

⁴ Na pierwszym spotkaniu European Health Policy Forum w dniach 9–11 marca 2011 r. Pełny tekst spotkania por. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/134300/09E_StrengtheningPublicHealthFramework_110452_eng.pdf (dostęp 10.12.2012).

⁵ Warto też w tym miejscu podkreślić, że w kontekście zdrowia środowiskowego już w XVIII wieku dzięki obserwacji udało się Bakerowi związać endemiczne występowanie kolki jelitowej w hrabstwie Devonshire z piciem cydru sporządzanego w naczyniach zawierających ołów, jednak dopiero rozwój epidemiologii współczesnej pozwolił na identyfikację przyczyny oraz objęcie kontrolą jednej z pierwszych epidemii schorzenia wywołanego przez skażone środowisko – chorobę Minamata. Była to pierwsza znana epidemia zatrucia metylortęcią i jedna z najlepiej udokumentowanych chorób środowiskowych (Japonia, 1950 r.), WHO Mercury, Geneva, World Health Organization (Environmental Health Criteria, No 1), 1976.

⁶ Institute of Population and Public Health, *The Future of Public Health in Canada: Developing a Public Health System for the 21st Century*, June 2003. <http://www.cihh-irsc.gc.ca/e/19573.html> (dostęp 10.12.2012).

⁷ W przypadku amerykańskich koncepcji podstawowych funkcji zdrowia publicznego zasadne wydaje się wskazanie ich nazw oryginalnych, głównie ze względu na różnorodne ich tłumaczenie spotykane na gruncie fachowej literatury polskojęzycznej. Zaproponowane tłumaczenie zostało zapożyczony z pracy C. Włodarczyka, *Zdrowie publiczne a polityka zdrowotna*. „Zdrowie Publiczne” 2001; 111(5–6): 205–206.

⁸ Wiele podstawowych funkcji zdrowia publicznego zawartych w poszczególnych listach dotyczy tych samych zadań. Lista przedstawiona na wykresie została stworzona na podstawie porównania wszystkich list do listy podstawowych funkcji WHO. Funkcje, które nie zostały przypisane do żadnej z grup, podzielono na podstawie ich szczegółowych opisów, tworząc dodatkowe funkcje. Nazwy stworzono tak, aby odzwierciedlały zadania zawarte w poszczególnych funkcjach, a zarazem umożliwiały przyporządkowanie do nich wszystkich funkcji z grupy. W przypadku gdy funkcja z listy głównej zawierała się w więcej niż jednej funkcji danego regionu, pod uwagę brano wynik uśredniony.

⁹ Narodowy Program Zdrowia.

¹⁰ Z formalnego punktu widzenia NPZ na lata 2007–2015 stanowi załącznik do Uchwały RM nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r. i pozostaje integralną częścią Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007–2013.

Piśmiennictwo:

1. Leowski J., *Rola i miejsce zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia – o potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym*. „Zdrowie Publiczne” 2001; 111(4): 219–226.
2. Niedźwiedzka B., Czabanowska K., *Kontrolowane słownictwo w zakresie zdrowia publicznego. Przegląd dokonań*. „Zdrowie Publiczne” 2007; 117(4): 469–473.
3. Kirschner H., *Zdrowie publiczne – ewolucja pojęć i praktyka*. W: J. Nosko (red.), *Zdrowie publiczne w zmieniającej się Europie*. Szkoła Zdrowia Publicznego IMP, Łódź 2009.
4. J. Opolski (red.), *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*, tom I, Warszawa 2011.
5. Winslow C.-E.A., *The untitled fields of public health*. „Science” 1920; 51(1306): 23–33.
6. Acheson D., *Independent inquiry into inequalities in health*. HM Stationary Office, London 1988.
7. The Future of Public Health. Committee for Study of the Future of Public Health, *Division of Health Care Services*. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington D.C. 1988.
8. Bettcher D.W., Sapir S., Goon E.H.T., *Essential public health functions: results of the international „Delphi Study World Health Statistics Quarterly”* 1998; 51:1.
9. Grudziąż-Sękowska J., *Karta z Tallina 2008*. „Prawo i Medycyna” 2009; 1; 34(11): 33–34.
10. Awofeso N., *What's new about the „New Public Health”*. „American Journal of Public Health” 2004; 94(5): 705–705.
11. Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*. CeDeWu, Warszawa 2004.

12. The Public Health Workforce: An Agenda for the 21st Century. A Report of the Public Health Functions Project. U.S. Department of Health and Human Services. Public Service <http://www.health.gov/phfunctions/pubhlth.pdf>
13. Cianciara D., *Kształcenie na kierunku studiów „zdrowie publiczne” w Polsce w świetle ustaleń międzynarodowych.* „Przegl. Epidem.” 2009; 63: 325–332.
14. Essential Public Health Functions. A three-country study in the Western Pacific Region. World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, 2003, 35–40. http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/7472FD5D-BBD0-4640-8EB8-3EAC8A2276B9/0/Essential_public_health_functions.pdf (dostęp 2.12.2012).
15. Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO) The Essential Public Health Functions as a Strategy for Improving Overall Health Systems Performance: Trends and Challenges since the Public Health in the Americas Initiative, 2000–2007. http://www.paho.org/english/DPM/SHD/HR/EPHF_2000-2007.pdf (dostęp 2.12.2012).
16. Department of Health, NHS. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH_5175208 (dostęp 9.11.2012).
17. National Public Health Partnership (NPHP) *Public Health Practice in Australia today: A statement of core functions.* National Public Health Partnership, Melbourne 2000, 2. <http://www.nphp.gov.au/workprog/phi/index.htm> (dostęp 9.11.2012).
18. Włodarczyk C., *Zdrowie publiczne w perspektywie międzynarodowej. Wybrane elementy.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007, 34–38.
19. Leowski J., *Funkcje zdrowia publicznego.* „Zdrowie Publiczne” 2001; 111(5): 382–386.
9. Leowski J., *Funkcje zdrowia publicznego.* „Zdrowie Publiczne” 2001, 111(5): 382–386.
10. National Public Health Partnership (NPHP) *Public Health Practice in Australia today: A statement of core functions* National Public Health Partnership, Melbourne 2000, 2. <http://www.nphp.gov.au/workprog/phi/index.htm>
11. Niedźwiecka B., Czabanowska K., *Kontrolowane słownictwo w zakresie zdrowia publicznego. Przegląd dokonań.* „Zdrowie Publiczne” 2007; 117(4): 469–473.
12. Opolski J. (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, tom I, Warszawa 2011.
13. Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO), *The Essential Public Health Functions as a Strategy for Improving Overall Health Systems Performance: Trends and Challenges since the Public Health in the Americas Initiative*, 2000–2007. http://www.paho.org/english/DPM/SHD/HR/EPHF_2000-2007.pdf (dostęp 9.11.2012).
14. PHETICE, *Public Health Training In The Context Of An Enlarging Europe. A guide towards a more effective, comparable and mobile workforce across Europe*: 14. http://www.phetice.org/docs/phetice_guide.pdf (dostęp 9.11.2012).
15. Raport Komisji Fundacji Milbank, 1975, cyt. za: J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, 14.
16. Roemer M.J., *National health systems of the world.* Oxford University Press, Oxford 1993; 2: 47.
17. Rosen G., *A history of public health. Expanded edition.* The Johns Hopkins University Press, 1993.
18. Scutchfield F.D., *A third public health revolution.* „American Journal Preventive Medicine” 2004; 27(1): 83–84.
19. Sigerist H., *Man and medicine: an introduction to medical knowledge.* Mc Grath Pub. Co, 1970, 300.
20. *The Future of Public Health.* Committee for Study of the Future of Public Health, Division of Health Care Services, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington D.C. 1988.
21. The Public Health Workforce: An Agenda for the 21st Century. A Report of the Public Health Functions Project. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. <http://www.health.gov/phfunctions/pubhlth.pdf> (dostęp 2.12.2012).
22. *The World Health Report 1998. Life in the 21 Century. A vision for all.* World Health Organization, Geneva 1998, 141.
23. Tountas Y., *The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine.* „Health Promotion International” 2009; 24(2): 185–192.
24. Tulchinsky T.H., Varavikowa E. A., *The New Public Health.* The Second Edition. Elsevier Academic Press, 2009, 4–29.
25. Üchert et al. Johan Peter Frank: revisiting the forgotten founder of the modern health care system. „European Urology Supplements” 2009; 8(4): 122.
26. Vickers G., *What sets the goals of public health.* „Lancet” 1958; 27(7021): 599–604.
27. WHO Mercury, Geneva, World Health Organization (Environmental Health Criteria, No 1), 1976.
28. Wilson J., *Toward a normative framework for public health ethics and policy.* „Public Health Ethics” 2009; 2(2): 184–194.

Piśmiennictwo uzupełniające:

1. Ashton J.R., *The New Public Health.* W: H.K. Heggenhaugen (red.), *International Encyclopedia of Public Health.* Elsevier Accademia Press, Sept. 2008; 4: 521–522.
2. Baum F., *The New Public Health.* Second Edition, Oxford University Press, Oxford 2002, 20.
3. Bettcher D.W., Sapir S., Goon E.H.T., *Essentials public health functions: result of the international Delphi study.* „World Health Statistics Quarterly” 1998; 51: 44–54.
4. Expert Committee on public health administration. First Report, WHO Technical Report Series, no 55, WHO, Geneva 1952.
5. Hill H.W., *The New Public Health.* The Macmillan Company, New York 1916, 8. Reprint. Wydawnictwo Bibliofile Uniwersytetu Cornell, marzec 2009.
6. Kirschner H., *Zdrowie publiczne – ewolucja pojęć i praktyka.* „Zdrowie Publiczne” 2002; 112(1): 3–8.
7. Institute of Population and Public Health, *The Future of Public Health in Canada: Developing a Public Health System for the 21st Century*, June 2003. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/19573.html> (dostęp 9.11.2012).
8. Leowski J., *Rola i miejsce zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia – o potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym.* „Zdrowie Publiczne” 2001; 111(4): 219–226.

29. Winslow C.-E.A., *The untitled fields of public health*. „Science” 1920; 51(1306): 23–33.
30. Włodarczyk C., Poździoch S., *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego*. W: A. Czupryna, et al. (red.), „Zdrowie publiczne” T. 1. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000, 23–25.
31. Włodarczyk C., *Zdrowie publiczne a polityka zdrowotna*. „Zdrowie Publiczne” 2001; 111(5–6): 414–421.
32. Włodarczyk C., *Zdrowie publiczne w perspektywie międzynarodowej. Wybrane problemy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007, 34–38.
33. Wojtczak A., *U źródeł medycyny społecznej i zdrowia publicznego*. „Zdrowie Publiczne” 1992; 103(3): 118–132.